

INFORMAZIONE CLIENTI IN BASE ALLA LCA

Assicurazione sulle rate per lavoratori autonomi per contratti di credito con la Cembra Money Bank SA

Le seguenti informazioni per la clientela forniscono una visione di insieme in forma breve sull'identità dell'assicuratore e il contenuto essenziale della polizza assicurativa (Art. 3 della Legge Federale sul contratto di assicurazione, LCA). I diritti e gli oneri del soggetto assicurato risultano dalle Condizioni Generali d'Assicurazione (CGA), dalla dichiarazione d'adesione, dalla conferma d'assicurazione nonché delle leggi applicabili, soprattutto la LCA.

Chi è l'assicuratore? L'assicuratore è la AXA Assicurazioni SA, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, qui di seguito denominata „AXA“.

Chi si occupa dell'elaborazione delle prestazioni e della corrispondenza? Per favore contattate per tutte le questioni riguardanti la vostra copertura assicurativa sempre la AXA Assicurazioni SA, Credit & Lifestyle Protection, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, Telefono 0848 000 398, Fax 0848 000 425.

Chi è il soggetto contraente? Contraente e debitrice del premio è la Cembra Money Bank SA („Banca“). La Banca ha stipulato con la AXA un contratto d'assicurazione collettivo a favore delle persone assicurate.

Chi sono le persone assicurate? Le persone assicurate sono le persone che adempiono alle condizioni di adesione secondo le CGA, abbiano consegnato alla Banca la dichiarazione d'adesione sottoscritta alle mani della AXA e abbiano ricevuto dalla Banca la conferma d'assicurazione.

Quali rischi sono assicurati? I rischi assicurati sono l'incapacità totale al lavoro, l'incapacità totale di guadagno e la malattia grave.

Qual è l'estensione della copertura assicurativa? Sussiste la seguente copertura assicurativa:

- in caso di incapacità totale al lavoro: assunzione (a) della rata mensile definita nel contratto di credito oppure (b) dell'importo di credito scaduto il 31° giorno di incapacità al lavoro oppure (c) di al massimo CHF 2'500.- al mese, a seconda quale sia l'importo più basso, al massimo per 12 mesi per caso assicurato. Se l'incapacità al lavoro dopo il 31° giorno continui per meno di un mese intero, l'AXA per ogni giorno dell'incapacità al lavoro totale continuativa paga 1/30 dell'importo predetto.
- in caso di incapacità totale al guadagno oppure malattia grave: assunzione del saldo in sospeso del contratto di credito fino al massimo CHF 65'000.-, meno l'importo per il quale siete in mora.

Per tutti i tre i rischi (incapacità totale al lavoro, incapacità totale al guadagno oppure malattia grave) vige un periodo d'attesa di 30 giorni.

Come viene erogata la prestazione? La AXA eroga tutte le prestazioni assicurative alla Banca. La prestazione assicurativa viene accreditata sul vostro conto ivi istituito; il vostro debito residuo dal contratto di credito pertanto viene estinto dalla AXA rispettivamente nella misura delle prestazioni.

Quando inizia la copertura assicurativa? La copertura assicurativa inizia alla data indicata nella conferma di accettazione. Per la copertura in caso di malattie grave sussiste un periodo di carenza di 30 giorni.

Quanto dura e quando termina la copertura assicurativa? La copertura assicurativa viene stipulata rispettivamente per la durata di un mese, con tacito rinnovo per rispettivamente un altro mese. Il contratto d'assicurazione nelle CGA prevede diversi motivi/possibilità per il termine del contratto. Gli stessi possono essere riassunti come segue:

La copertura assicurativa termina soprattutto se subentra uno dei seguenti eventi nelle date rispettivamente indicate:

- la data in cui termina in contratto di credito oppure il giorno in cui il conto presso la Banca viene conguagliato e saldato
- la data in cui tutto l'importo del contratto di credito in quel momento ancora dovuto scade anzitempo, soprattutto in caso di disdetta a causa di mora, per fallimento o simili della persona assicurata
- il 65° compleanno della persona assicurata
- il giorno in cui la AXA ha prestatato 36 contributi mensili per la copertura di incapacità al lavoro
- il giorno in cui la AXA ha prestatato la prestazione assicurativa per l'incapacità totale al guadagno
- il giorno in cui la AXA ha prestatato la prestazione assicurativa per una malattia grave
- il giorno in cui la persona assicurata assume un lavoro retribuito non importa di che tipo al di fuori della Svizzera o del Principato di Liechtenstein
- il 90° giorno dopo che la persona assicurata termina la propria attività autonoma
- il giorno del termine dell'assicurazione
- il giorno del decesso della persona assicurata

Potete terminare la copertura assicurativa soprattutto (rispettivamente con comunicazione scritta alla Cembra Money Bank SA, Bändliweg 20, 8048 Zurigo alle mani della AXA):

- entro 30 giorni dopo l'inizio dell'assicurazione: in qualsiasi momento
- dopo i primi 30 giorni: nel rispetto di un termine di almeno 30 giorni alla fine del mese
- se la AXA cambia i premi o le condizioni dell'assicurazione; la conferma scritta in questo caso deve pervenire alla Banca prima del giorno in cui la modifica avrebbe effetto per voi secondo la comunicazione della AXA

la AXA e la Banca possono terminare la copertura assicurativa soprattutto:

- con comunicazione scritta indirizzata a voi nel rispetto di un termine di almeno 30 giorni alla fine del mese
- se voi siete caduti in mora con il pagamento del premio nei confronti della Banca e lo stesso è stato sollecitato senza successo

A quanto ammonta il premio? L'ammontare del premio è indicato nella dichiarazione d'adesione e nella conferma d'assicurazione. Dovete il premio alla Banca che lo fattura a voi mensilmente inclusa l'imposta di registro federale. Restano salve modifiche del premio durante il periodo dell'assicurazione.

Quali altri obblighi ha la persona assicurata?

- Individuazione della fattispecie: siete tenuti a collaborare per i chiarimenti circa l'assicurazione, come p.es. violazioni dell'obbligo di notifica, aumenti del rischio, verifiche delle prestazioni e a fornire alla AXA tutte le informazioni e tutti i documenti necessari, richiedere gli stessi a terzi alle mani della AXA ed autorizzare terzi per iscritto a consegnare alla AXA le relative informazioni e i relativi documenti. La AXA ha il diritto di fare proprie ricerche.
- Caso assicurato: Il caso assicurato va immediatamente segnalato alla AXA.

In che modo la AXA gestisce i vostri dati? La AXA utilizza i dati nel contesto con la vostra assicurazione soprattutto per determinare i premi, per la definizione del rischio, l'amministrazione del contratto e l'elaborazione di casi assicurati. La AXA può coinvolgere per l'elaborazione dei dati nell'ambito della vostra assicurazione società madri, affiliate e altre società dello stesso gruppo industriale ovvero sedi secondarie in altri paesi dello Spazio economico europeo nonché della Svizzera. Inoltre i vostri dati possono essere trasmessi in caso di sinistro insieme alla relativa corrispondenza alla Banca. I dati vengono conservati fisicamente oppure elettronicamente. Quale persona assicurata avete il diritto di richiedere presso la AXA le informazioni previste dalla legge circa i dati che vi riguardano.

CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE (CGA)

PER LA COPERTURA ASSICURATIVA IN CASO DI INCAPACITÀ TOTALE AL LAVORO, INCAPACITÀ TOTALE AL GUADAGNO E MALATTIA GRAVE

AXA Assicurazioni SA in relazione a contratti di credito con la Cembra Money Bank SA

Le presenti condizioni generali d'assicurazione («CGA») regolano i particolari della vostra copertura assicurativa. L'assicuratore è la **AXA Assicurazioni SA, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur («Assicuratore»** oppure «AXA»).

Base della vostra copertura assicurativa è un contratto d'assicurazione collettivo in essere tra la Cembra Money Bank SA («Banca») e l'assicuratore («contratto d'assicurazione collettivo»). Contraente e debitrice del premio per il contratto d'assicurazione collettivo è la Banca. Siete entrati a far parte del contratto d'assicurazione collettivo e qui di seguito sarete denominati «**persona assicurata**». I diritti assicurativi delle persone assicurate si rivolgono esclusivamente contro l'assicuratore. Nel caso assicurato non sussistono rivendicazioni contro la Banca.

Per favore legga attentamente le presenti CGA e le conservi in un luogo sicuro. Le basi della vostra copertura assicurativa personale sono:

- le disposizioni contenute nelle presenti CGA;
- le indicazioni e note contenute nella conferma d'assicurazione rilasciata dalla Banca in nome dell'assicuratore;
- le disposizioni contenute nella vostra dichiarazione d'adesione.

Ad integrazione valgono le disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) nonché del diritto svizzero sulle obbligazioni (DO).

I. CONDIZIONI D'ACCETTAZIONE E DEFINIZIONI

La copertura assicurativa viene concessa solo alle persone che al momento dell'adesione al contratto d'assicurazione collettivo:

1. abbiano stipulato un contratto di credito («**il contratto di credito**») con la Banca per la durata di almeno 12 mesi;
2. abbiano richiesto l'adesione al contratto d'assicurazione collettivo e si siano dichiarate d'accordo a pagare il premio mensile definito dalla Banca;
3. siano state indicate sul contratto di credito come prima persona sotto la rubrica "creditore";
4. abbiano almeno 18 anni e meno di 65 anni;
5. esercitino un'attività autonoma duratura in Svizzera o nel Principato di Liechtenstein; e
6. abbiano la propria residenza o nella Svizzera, nel Principato di Liechtenstein, in Germania, in Francia o in Italia.

II. INIZIO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa decorre:

- per la copertura secondo gli Art. IV e VI (incapacità totale al lavoro oppure incapacità totale al guadagno): alla data indicata sulla conferma d'assicurazione;
- per la copertura sulla base dell'Art. VIII (malattia grave): 30 giorni dopo la data indicata sulla conferma d'assicurazione («**periodo di carenza**»).

Qualora la persona assicurata sostituisca un credito assicurato precedente (indipendentemente da quale assicuratore) con un nuovo credito, vale quanto segue:

1. Per il rischio "malattia grave" viene a meno il periodo di carenza in riferimento all'importo di credito finora assicurato. In riferimento ad un ulteriore importo di credito sussiste un periodo di carenza di 30 giorni.
2. Se il caso assicurato "malattia grave" subentra entro il periodo di carenza, l'assicuratore versa le prestazioni per l'ammontare dell'importo assicurato rispettivamente più basso, ovvero sulla base dell'assicurazione precedente oppure sulla base dell'assicurazione nuova.
3. Nell'assicurazione per incapacità totale al lavoro vale l'esclusione delle conseguenze di un'incapacità al lavoro o al guadagno già in essere oppure di mali già esistenti (soprattutto malattie o incidenti) che erano noti alla persona assicurata al momento dell'adesione al contratto collettivo d'assicurazione oppure dovevano esserle noti, solo in riferimento all'importo differente tra la rata assicurata dell'assicurazione precedente e l'assicurazione nuova (qualora la rata assicurata della nuova assicurazione sia quella più alta). Nell'assicurazione per incapacità totale al guadagno oppure per malattia grave vale l'esclusione delle conseguenze di un'incapacità al lavoro o al guadagno già in essere oppure di mali già esistenti (soprattutto malattie o incidenti) che erano noti alla persona assicurata al momento dell'adesione al contratto collettivo d'assicurazione oppure dovevano esserle noti, solo in riferimento all'importo differente tra l'importo di credito dell'assicurazione precedente e l'assicurazione nuova (qualora la rata assicurata della nuova assicurazione sia quella più alta).

III. FINE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Fatte salve le possibilità di termine secondo l'art. XIII la copertura assicurativa viene concessa rispettivamente per il periodo di un mese e si proroga automaticamente per un altro mese fino a che subentra una delle seguenti scadenze:

- la data in cui termina in contratto di credito oppure il giorno in cui il conto presso la Banca viene conguagliato e saldato;
- la data in cui tutto l'importo del contratto di credito in quel momento ancora dovuto scade anzitempo, soprattutto in caso di disdetta a causa di mora, per fallimento o simili della persona assicurata;
- il 65° compleanno della persona assicurata;
- il giorno in cui l'assicuratore ha prestato 36 contributi mensili per la copertura di incapacità al lavoro;
- il giorno in cui l'assicuratore ha prestato la prestazione assicurativa per l'incapacità totale al guadagno;
- il giorno in cui l'assicuratore ha prestato la prestazione assicurativa per malattia grave;
- 90 giorni dopo il termine dell'attività autonoma della persona assicurata, indipendentemente per quale motivo sia stata terminata;
- il giorno in cui la persona assicurata assume un lavoro retribuito non importa di che tipo al di fuori della Svizzera o del Principato di Liechtenstein;
- il giorno di termine della copertura assicurativa (sulla base dell'Art. XIII);
- il giorno del decesso della persona assicurata.

IV. PRESTAZIONI PER INCAPACITÀ TOTALE AL LAVORO

1. «**L'incapacità totale al lavoro**» (qui di seguito per un migliore leggibilità denominata anche «**incapacità al lavoro**») significa ogni sospensione momentanea del lavoro a causa di un'incapacità totale (100%) della persona assicurata (come conseguenza di una malattia o di un incidente) di esercitare l'attività autonoma consueta. Tale incapacità deve essere confermata dal referto di un medico. L'assicuratore può chiedere alla persona assicurata un esame eseguito da un medico indipendente definito dall'assicuratore.
2. La prestazione dell'assicuratore viene versata mensilmente. Corrisponde all'importo più basso degli importi successivi: (a) una rata minima mensile definita nel contratto di credito, (b) l'importo di credito scoperto il 31° giorno dell'incapacità al lavoro oppure (c) max. CHF 2'500.- per mese. Se l'incapacità al lavoro dopo il 31° giorno continui per meno di un mese intero, l'assicuratore per ogni giorno dell'incapacità al lavoro continuativa paga 1/30 dell'importo dovuto sulla base della frase 2..
3. Le prestazioni dell'assicuratore vengono erogate decorso un periodo d'attesa di 30 giorni susseguenti (dopo la determinazione dell'incapacità totale al lavoro) durante tutta la durata dell'incapacità al lavoro, al massimo però per 12 mesi per sinistro. Restano salve le scadenze concordate nell'Art. III.
4. Un'ulteriore incapacità al lavoro comporta - indipendentemente dalle cause - solo un diritto d'assicurazione sulla base delle seguenti disposizioni:
 - 4.1 se la persona assicurata ha riassunto la propria attività autonoma entro 6 mesi prima dell'inizio della nuova incapacità al lavoro, il nuovo periodo di incapacità al lavoro viene considerato come continuazione del primo (nessun nuovo periodo di attesa; nessuna prestazione durante la durata della ripresa dell'attività). Per la prima e l'ulteriore incapacità al lavoro vengono erogate prestazioni durante complessivamente 12 mesi.
 - 4.2 Se tra la fine della prima e l'inizio dell'ulteriore incapacità al lavoro ci sono più di 6 mesi (nuova attività autonoma), l'ulteriore periodo d'incapacità al lavoro viene trattato come nuovo caso assicurato con nuovo periodo d'attesa.

V. CASI DI ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI INCAPACITÀ TOTALE AL LAVORO

Le prestazioni dell'assicuratore sono escluse nei seguenti casi:

- L'incapacità al lavoro come conseguenza:
 - un'incapacità al lavoro o al guadagno già in essere oppure mali già esistenti (soprattutto malattie o incidenti) che erano noti alla persona assicurata al momento dell'adesione al contratto collettivo d'assicurazione oppure dovevano esserle noti;
 - nei casi di tentato suicidio, lesioni personali per colpa grave, assunzione di droghe o medicinali non prescritti dal medico;
 - la prestazione di servizio militare o simili;
 - conseguenze di incidente o malattia subentranti a causa di azioni per colpa grave della persona assicurata, comprese le conseguenze di dipendenza grave o cronica da alcool;
 - per malattie della colonna vertebrale oppure lesioni per incidente della stessa, qualora non sia possibile confermare le stesse con radiografie oppure l'imaging a risonanza magnetica (RMI);
 - per AIDS oppure per le conseguenze dell'AIDS;
- incapacità al lavoro parziale: la stessa sussiste se la persona assicurata non sia in grado di esercitare l'impiego o l'attività consueta nella misura finora svolta, ma ancora in modo limitato (a ore);

- l'interruzione del lavoro insieme al congedo di maternità per legge;
- sospensione o incapacità al lavoro a causa di problemi psichici (comprese le depressioni), se gli stessi non vengano confermati da uno psichiatra domiciliato in Svizzera e riconosciuto;
- ogni aumento del credito durante il sinistro.

VI. PRESTAZIONI PER INCAPACITÀ TOTALE AL GUADAGNO

1. **«Incapacità totale al guadagno»** secondo la Legge federale su l'assicurazione per l'invalidità (LAI) rappresenta l'incapacità determinata e permanente – prevedibilmente ancora presente dopo cure ragionevolmente esigibili oppure la reintegrazione – della persona assicurata (subentrata a causa di malattia o incidente), a esercitare un lavoro retribuito. Deve essere subentrata entro 12 mesi dall'incidente o dall'inizio della malattia, raggiungere un grado di almeno 70% (individuato secondo le prescrizioni della LAI) ed essere stata confermata dai referti di due medici. L'assicuratore può chiedere a tal fine un esame eseguito da due medici indipendenti definiti dall'assicuratore.
2. La prestazione dell'assicuratore viene versata una tantum. Corrisponde all'importo ancora aperto nel contratto di credito dopo un periodo d'attesa di 30 giorni dal momento della certificazione dell'incapacità totale al guadagno (Art. X), (detratte le rate già scadute e i relativi interessi di mora dovuti). Se sussistano dei dubbi motivati che l'incapacità al guadagno sia permanente, l'assicuratore può rifiutare il pagamento della prestazione d'assicurazione per un periodo di 12 mesi.
3. La prestazione dell'assicuratore è limitata al massimo a CHF 65'000.–.

VII. CASI DI ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI INCAPACITÀ TOTALE AL GUADAGNO

Le prestazioni dell'assicuratore sono escluse nei seguenti casi:

- nei indicati nell'Art. V (incapacità totale al lavoro);
- durante un periodo di detenzione in carcere;
- L'incapacità totale al guadagno come conseguenza:
 - dell'esercizio dei seguenti tipi di sport: arti marziali (box, lotta, karate, judo ecc.), riverrafting, canoa e kayak, immersione, l'arrampicarsi, paracadute e parapendio, l'equitazione, la caccia, le corse di ogni tipo (ad eccezione quella a piedi), sport invernali (ad eccezione dello sci, i pattini e la slitta);
 - il motociclismo come conducente o passeggero;
 - l'esercizio delle seguenti professioni: palombari, minatori, artista di circo, lavori con materie esplosive, ogni attività come sportivo professionista;
 - l'affrontare pericoli e rischi particolari ai sensi della legge d'assicurazione degli infortuni;
 - ogni tipo di voli, con l'eccezione come passeggero di un volo eseguito commercialmente in un aereo per passeggeri;
 - l'esecuzione di azioni penali dell'assicurato o di un terzo nel quale l'assicurato ha prestato assistenza;
 - radiazione ionizzante oppure contaminazione radioattiva.

VIII. PRESTAZIONI PER MALATTIA GRAVE

1. In presenza di una malattia grave l'assicuratore dopo un periodo di attesa di 30 giorni, che la persona assicurata deve sopravvivere, versa una prestazione una tantum. Corrisponde all'importo ancora scoperto secondo il contratto di credito a partire dal momento della certificazione della malattia grave, meno l'importo per la quale la persona assicurata è in mora (inclusi i relativi interessi di mora dovuti).
2. La prestazione dell'assicuratore è limitata all'importo massimo di CHF 65'000.–.
3. Una **«malattia grave»** ai sensi delle presenti disposizioni sussiste se la presenza di una o diverse delle seguenti malattie venga comprovata con certificato di un medico di base:

3.1 Infarto cardiaco

La prima presentazione di un infarto cardiaco, ovvero la necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da un apporto insufficiente di sangue al muscolo cardiaco (miocardico). La diagnosi deve essere comprovata da un cardiologo secondo le regole della società svizzera per cardiologia attraverso il tipico dolore al petto, aumento del livello degli enzimi specifici e modifiche recenti e tipiche dell'elettrocardiogramma. L'angina pettorale è esclusa.

Spiegazione semplificata: Un infarto cardiaco (anche infarto miocardico) è presente se a causa di un'insufficiente alimentazione di ossigeno viene provocata la morte di una parte del muscolo cardiaco. La causa è l'occlusione improvvisa di una coronaria.

3.2 Ictus con danni permanenti

Danneggiamento permanente del cervello in seguito ad un attacco cerebrale a causa di un sanguinamento cerebrale, una trombosi o un'embolia, comprovato da relativa diagnosi supportata da immagini (tomografia computerizzata, tomografia a risonanza magnetica) con la diagnosi di un medico specialista per neurologia/psichiatria. Una perdita permanente di funzioni neurologiche va altresì comprovata da un medico. Sono esclusi attacchi ischemici transitori (TIA).

Spiegazione semplificata: Il cervello controlla tutte le funzioni del corpo. Le lesioni in questo settore pertanto possono comportare conseguenze serie. Un ictus (anche infarto cerebrale) si presenta quando il cervello è stato

lesionato gravemente da emorragie interne oppure l'apporto di sangue e ossigeno sia stato interrotto dall'ostruzione di un'arteria e pertanto causa un'ischemia acuta. L'attacco ischemico transitorio (TIA) è un disturbo vascolare di breve durata. I sintomi scompaiono senza danni permanenti entro 24 ore.

3.3 Tumori gravi

Presenza di tumore maligno oltre lo stadio T1, comprovato a livello istologico (=con esame istologico o microscopico del tessuto) caratterizzato dalla crescita incontrollata, dalla diffusione di cellule maligne, tendenza di crescita infiltrante (=invasione e distruzione del tessuto normale) e tendenza alle metastasi (=formazione di tumori secondari).

Sotto la definizione «tumori gravi» rientrano anche le forme di tumori maligni del sangue, degli organi emopoietici e del sistema linfatico comprese le leucemie (= cancro del sangue), i linfomi e il morbo di Hodgkin (= cancro del sistema linfatico).

Sono escluse però:

- tutti i tumori in presenza del virus H.I.V.
- una prima fase di tumori come p.es. le forme non-invasive del carcinoma in situ (inclusa la displasia della cervice uterina CIN-1, CIN-2 e CIN-3), altri tumori pre-maligni o semi-maligni
- tutti i tumori della prostata che istologicamente non siano stati caratterizzati almeno con lo stadio B (II) ovvero come T2
- tutti i tumori della pelle con l'eccezione dei melanomi invasivi maligni (=cancro della pelle nero); questi sono coperti a partire dallo stadio T2.

Spiegazione semplificata: La definizione «cancro» comprende tutti i tipi di tumori maligni in grado di diffondere le cellule cancerogene. Il contrario viene rappresentato dai cosiddetti tumori benigni senza tendenza di diffusione. I tumori maligni possono crescere in fretta, invadere il tessuto circostante e le cellule cancerogene attraverso la circolazione del sangue ed il sistema linfatico può penetrare in altre parti del corpo. I tumori continuano la loro crescita se non vengono distrutti o eliminati.

3.4 Disfunzione renale irreversibile

Una disfunzione definitiva, non rimovibile di entrambi i reni, a causa della quale sia necessario eseguire regolarmente una dialisi. La diagnosi deve essere comprovata da un medico per nefrologia.

Spiegazione semplificata: È compito dei reni filtrare i prodotti di scarto dal sangue. Se i reni non funzionano bene, i prodotti di scarto si accumulano nel corpo, ciò può comportare dei problemi di salute con esito fatale. Se viene a meno un rene, l'altro rene può assumersi il compito da solo. Quando però entrambi i reni non sono più in grado di filtrare il sangue, tale compito va effettuato da un apparecchio di dialisi ovvero si rende necessario un trapianto di organo.

3.5 Sclerosi multipla

Diagnosi di una sclerosi multipla da parte di un medico specialista per neurologia/psichiatria, inoltre la malattia deve essere caratterizzata dal susseguirsi di disturbi neurologici multipli chiaramente definiti, causati dalla demielizzazione del cervello e del midollo spinale. Inoltre la diagnosi deve comprovare che i sintomi neurologici si sono susseguiti per un periodo di sei mesi successivi; tali disturbi devono includere una combinazione di degradazione del nervo ottico, del tronco cerebrale, del midollo spinale e della coordinazione delle funzioni sensoriali.

Spiegazione semplificata: La sclerosi multipla rappresenta una malattia progressiva del sistema nervoso centrale con la quale viene distrutta la guaina protettiva (mielina) nel cervello e nel midollo spinale. I sintomi caratterizzanti sono diversi, a seconda da quale settore del cervello o del midollo spinale è interessato. La progressione della malattia può essere molto diversa. Esempi di sintomi neurologici sono problemi di coordinazione, problemi nella deambulazione e disturbi funzionali della vescica e del muscolo costrittore.

3.6 Trapianti d'organi essenziali, premesso che la persona assicurata sia il ricevente dell'organo

Trapianti completi eseguiti ovvero registrazioni ufficiali sulla lista d'attesa per trapianti di cuore, polmone, fegato, reni, pancreas o midollo osseo. Le necessità medica del trapianto deve essere confermata da un medico specialista secondo le regole mediche pertinenti e la persona assicurata deve essere il ricevente dell'organo. Sono esclusi i trapianti di cellule staminali.

Spiegazione semplificata: Gravi malattie o lesioni possono danneggiare così fortemente un organo, che un trattamento sia possibile solo con l'espianto dell'organo malato e il trapianto di uno sano. Per molti organi esistono delle lunghe liste d'attesa, questo perché non sono disponibili sufficienti organi per un trapianto.

IX. CASI DI ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI MALATTIA GRAVE

Le prestazioni dell'assicuratore sono escluse nei seguenti casi:

- Se la malattia grave sia la conseguenza di un'incapacità al lavoro o al guadagno già in essere oppure mali già esistenti (soprattutto malattie o incidenti) che erano noti alla persona assicurata al momento dell'adesione al contratto collettivo d'assicurazione oppure dovevano esserle noti;
- Malattia grave come conseguenza di radiazione ionizzante oppure contaminazione radioattiva.

X. DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Per far valere il diritto alla prestazione assicurativa la persona assicurata deve utilizzare i formulari di richiesta a ciò preposti, i quali possono essere richiesti dalla persona assicurata all'assicuratore all'indirizzo indicato in calce. Il formulario compilato poi deve essere trasmesso all'assicuratore (vedi l'indirizzo alla fine del presente Art. 10). Per la verifica di un obbligo alla prestazione l'assicuratore può chiedere tutti i certificati che lui ritenga necessari per la rispettiva verifica del diritto (compreso il diritto di presa visione degli atti onde verificare se la persona assicurata abbia adempiuto alle condizioni di accettazione al momento dell'adesione all'assicurazione). Si tratta soprattutto di:

Nel caso di inabilità totale al lavoro oppure malattia grave

- Prova dell'attività autonoma (p.es. estratto dal Registro delle imprese, conferma della cassa di compensazione oppure di un documento simile rilasciato nel caso di una professione libera);
- certificato o referto medico che dia informazioni (a) sulla causa e le caratteristiche della malattia oppure della lesione fisica nonché sulla rispettiva prognosi e (b) definisca la presumibile durata dell'incapacità al lavoro;
- in caso di incidente: una copia del protocollo della polizia (se presente).

Nel caso di incapacità totale al guadagno

- Prova dell'attività autonoma (p.es. estratto dal Registro delle imprese, conferma della cassa di compensazione oppure di un documento simile rilasciato nel caso di una professione libera);
- certificato o referto medico che dia informazioni (a) sulla causa e le caratteristiche della malattia oppure della lesione fisica nonché sulla rispettiva prognosi e (b) definisca la presumibile durata dell'incapacità totale al guadagno secondo l'Art. VI.1

I referti o certificati medici devono essere stati rilasciati in tutti i casi da un medico di base della Svizzera, della Francia, dell'Italia, della Germania oppure del Principato di Liechtenstein. Tutti i documenti vanno presentati in una delle lingue ufficiali della Svizzera. I costi relativi ai certificati di cui sopra sono a carico della persona assicurata. L'assicuratore può inoltre procurare o richiedere a proprie spese altri certificati e chiedere altri esami medici che ritenga necessari per la decisione circa la determinazione del diritto. In questo contesto l'assicuratore ha il diritto di contattare direttamente i medici curanti. La persona assicurata pertanto esonera con la presente tutti i medici curanti nonché tutti gli altri collaboratori di istituzioni, autorità e simili nominati nella documentazione presentata in caso di evento assicurato o comunque coinvolti nelle cure mediche dal segreto medico/professionale nella misura in cui ciò sia necessario per la determinazione dell'obbligo alla copertura (inclusa la verifica delle condizioni d'accettazione). La documentazione sopra menzionata ovvero ad integrazione richiesta deve essere inviata immediatamente nel caso di un evento assicurato al seguente indirizzo:

**AXA Assicurazioni SA,
Credit & Lifestyle Protection
General-Guisan-Strasse 40
8400 Winterthur**

XI. MODIFICHE DEI PREMI OPPURE DEI CGA / COMUNICAZIONI

1. L'assicuratore può chiedere sia per rischi in essere come anche per rischi nuovi in ogni momento una modifica dei premi e/o delle CGA. L'assicuratore comunica per iscritto alle persone assicurate le rispettive modifiche al più tardi 30 giorni prima della loro entrata in vigore. Tutte le comunicazioni sono da considerare notificate in modo valido se siano state trasmesse all'ultimo indirizzo di domicilio reso noto all'assicuratore o alla Banca.
2. Se la persona assicurata non sia d'accordo con le modifiche, ha il diritto di terminare la copertura assicurativa rispettando un termine di 30 giorni alla fine del mese con comunicazione scritta alla Banca.

XII. PREMIO

1. La Banca come contraente e debitrice del premio nei confronti dell'assicuratore assegna il proprio debito del premio sulla persona assicurata. La persona assicurata deve il premio alla Banca, che lo richiede insieme alle rate mensili del credito e l'imposta di registro federale.
2. Il primo premio scade il giorno di inizio dell'assicurazione, i premi successivi nei mesi seguenti, rispettivamente insieme alle rate mensili di credito relative al contratto di credito.
3. Il premio è un premio mensile. La persona assicurata è tenuta a pagare il proprio premio mensile alla Banca anche durante il periodo nel quale percepisce delle prestazioni dal presente contratto collettivo d'assicurazione.

XIII. TERMINE / MORA NEL PAGAMENTO

1. La persona assicurata può terminare l'assicurazione comunicandolo per iscritto alla Banca alle mani dell'assicuratore entro 30 giorni

dall'inizio dell'assicurazione. In questo caso la copertura assicurativa viene sciolta senza conseguenze in termini di costo e il premio già versato dalla persona assicurata alla Banca viene integralmente restituito.

2. Dopo i primi 30 giorni la persona assicurata può terminare la copertura assicurativa con comunicazione scritta alla Banca alle mani dell'assicuratore rispettando un termine di almeno 30 giorni alla fine del mese. Nel caso di una tale disdetta la copertura assicurativa terminerà alla fine del rispettivo mese.
3. L'assicuratore e la Banca si riservano il diritto di terminare la copertura assicurativa per iscritto rispettando un termine di almeno 30 giorni alla fine del mese (notifica in base all'art. XI.1 ultima frase).
4. Se il premio dovuto dalla persona assicurata non viene pagato in tempo alla scadenza secondo l'Art. XII.2, la Banca ha il diritto di richiedere per iscritto alla persona assicurata, con l'indicazione delle conseguenze della mora a carico della persona assicurata, di prestare il pagamento entro 14 giorni calcolati dalla data di invio del sollecito. Qualora il premio non venisse versato nonostante un tale sollecito, l'obbligo alla prestazione dell'assicuratore decorsi i detti 14 giorni viene sospeso.

XIV. EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE E CESSIONE

L'assicuratore eroga le prestazioni assicurative alla Banca. A tale scopo la persona assicurata con la presente cede il proprio diritto a tutte le prestazioni d'assicurazione nei confronti dell'assicuratore alla Banca. Le prestazioni assicurative vengono accreditate sul conto ivi istituito della persona assicurata; il suo debito residuo dal contratto di credito pertanto viene estinto rispettivamente nella misura delle prestazioni dell'assicuratore alla Banca.

XV. VALORE DI RISCATTO E DI TRASFORMAZIONE

L'assicurazione non ha nessun valore di riscatto o di trasformazione.

XVI. RICORSO (DIFENSORE CIVICO)

Se la persona assicurata è insoddisfatta delle prestazioni erogate, può rivolgersi in qualsiasi momento all'assicuratore. Se non è possibile trovare una soluzione soddisfacente, la persona assicurata si può rivolgere al Difensore civico (Ombudsmann) delle assicurazioni:

Ombudsmann per le assicurazioni private e la Suva

Svizzera tedesca (sede centrale)

In Gassen 14, Postfach 181, 8022 Zurigo

Tel. 044 211 30 90 / help@versicherungsombudsman.ch

Svizzera francofona:

Ch. des Trois-Rois 2, Case postale 5843, 1002 Lausanne

Tel. 021 317 52 71 / help@ombudsman-assurance.ch

Svizzera italofona:

Via G. Pocobelli 8, Casella Postale, 6903 Lugano

Tel. 091 967 1783 / help@ombudsman-assicurazione.ch

Il Difensore civico verifica il ricorso e cerca di mediare tra le parti. Resta salva la possibilità di procedere per le vie legali.

XVII. PRIVACY

La AXA elabora i dati provenienti dalla documentazione d'assicurazione e l'elaborazione del contratto e li utilizza innanzitutto per determinare i premi, per la definizione del rischio, l'amministrazione del contratto e l'elaborazione di casi assicurati. La AXA può pertanto coinvolgere società madri, affiliate e altre società dello stesso gruppo industriale ovvero sedi secondarie in altri paesi dello Spazio economico europeo nonché della Svizzera. I dati delle persone assicurate possono essere trasmessi per l'elaborazione dell'assicurazione alla AXA, la sede centrale nonché a società madri, affiliate e altre società dello stesso gruppo industriale ovvero sedi secondarie in altri paesi dello Spazio economico europeo nonché della Svizzera. Inoltre i dati della persona assicurata possono essere trasmessi in caso di sinistro insieme alla relativa corrispondenza alla Banca come contraente avente diritto alla prestazione. I dati vengono conservati fisicamente oppure elettronicamente. La persona assicurata ha il diritto di richiedere presso la AXA le informazioni previste dalla legge circa i dati che la riguardano.

XVIII. DIRITTO APPLICABILE

I diritti della persona assicurata sulla base del contratto collettivo d'assicurazione sono sottoposti al diritto svizzero.

XIX. FORO COMPETENTE

Come foro competente a scelta della persona assicurata sono a disposizione: Winterthur come sede dell'assicuratore oppure la residenza svizzera della persona assicurata.